



SOLICITUD Para Beneficios de Salud Para Personas Con Cáncer de Senos o Cervical

(Tenemos esta solicitud en inglés.)
(This application is available in English.)

Cuando una mujer se entera de que ella puede tener cáncer de senos o cervical, ella necesita tratamiento inmediatamente y no debe tener que preocuparse sobre cómo pagarlo. Ahora el estado de Illinois ha ampliado el seguro de salud para todas las mujeres con cáncer de senos o cervical o con ciertas condiciones carcinógenas. No hay primas para esta cobertura. El IBCCP (Programa de Cáncer de Senos o Cervical de Illinois) y Beneficios de Salud Para Personas con Cáncer de Senos o Cervical trabajan en conjunto para cubrir los servicios médicos que una mujer necesita en esta situación.

Section 1 – To be completed by the medical provider. *Please print.*
Esta sección será completada por el proveedor médico.

Patient Name	Date of Birth
--------------	---------------

Medical Provider Name	Provider Address
-----------------------	------------------

Contact at Provider's Office _____ Phone () _____
 Fax () _____ E-mail _____

Diagnosis supported by pathology report: <input type="checkbox"/> Breast Cancer; <input type="checkbox"/> Cervical Cancer; <input type="checkbox"/> Cervical Intraepithelial Neoplasia, grade III (CIN III); <input type="checkbox"/> Severe dysplasia of the cervix; <input type="checkbox"/> High-Grade Squamous Intraepithelial Lesion (HGSIL); and/or <input type="checkbox"/> Atypical glandular cells of undetermined significance (AGUS) with a suspicion of adenocarcinoma in situ. <i>If none of the above, stop. Patient does not qualify.</i>	Date of Diagnosis <hr/> Date Screening Began – if known
---	--

Check whether the patient's income is higher or lower than the amounts shown below by family size. <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 10%;">Household size</th> <th colspan="5" style="text-align: center;">Total Household Income</th> </tr> <tr> <th style="width: 10%;">Weekly</th> <th style="width: 10%;">Monthly</th> <th style="width: 10%;">Annual</th> <th style="width: 10%;">Same or Lower</th> <th style="width: 10%;">Higher</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: right;">\$ 491</td><td style="text-align: right;">\$2,127</td><td style="text-align: right;">\$25,525</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: right;">\$ 658</td><td style="text-align: right;">\$2,852</td><td style="text-align: right;">\$34,225</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td style="text-align: right;">\$ 825</td><td style="text-align: right;">\$3,577</td><td style="text-align: right;">\$42,925</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: right;">\$ 993</td><td style="text-align: right;">\$4,302</td><td style="text-align: right;">\$51,625</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: right;">\$1,160</td><td style="text-align: right;">\$5,027</td><td style="text-align: right;">\$60,325</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: right;">\$1,327</td><td style="text-align: right;">\$5,752</td><td style="text-align: right;">\$69,025</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: right;">\$1,495</td><td style="text-align: right;">\$6,477</td><td style="text-align: right;">\$77,725</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: right;">\$1,662</td><td style="text-align: right;">\$7,202</td><td style="text-align: right;">\$86,425</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">Each addtn'l add</td> <td style="text-align: right;">\$ 167</td> <td style="text-align: right;">\$ 725</td> <td style="text-align: right;">\$ 8,700</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Household size	Total Household Income					Weekly	Monthly	Annual	Same or Lower	Higher	1	\$ 491	\$2,127	\$25,525	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	\$ 658	\$2,852	\$34,225	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	\$ 825	\$3,577	\$42,925	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	\$ 993	\$4,302	\$51,625	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5	\$1,160	\$5,027	\$60,325	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6	\$1,327	\$5,752	\$69,025	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7	\$1,495	\$6,477	\$77,725	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8	\$1,662	\$7,202	\$86,425	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Each addtn'l add	\$ 167	\$ 725	\$ 8,700			If patient's diagnosis falls within the program criteria, please read the following, sign and date below, assist the patient to complete Section 2 and submit the application as described on the next page. Submission of this application does not guarantee that the patient named above will qualify for Health Benefits for Persons with Breast or Cervical Cancer, nor does it absolve medical providers of any legal or ethical responsibility to their patients. <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> _____ Signature of Medical Provider _____ Date </div> <div style="margin-top: 20px;"> _____ Print Name </div>
Household size		Total Household Income																																																																
	Weekly	Monthly	Annual	Same or Lower	Higher																																																													
1	\$ 491	\$2,127	\$25,525	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
2	\$ 658	\$2,852	\$34,225	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
3	\$ 825	\$3,577	\$42,925	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
4	\$ 993	\$4,302	\$51,625	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
5	\$1,160	\$5,027	\$60,325	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
6	\$1,327	\$5,752	\$69,025	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
7	\$1,495	\$6,477	\$77,725	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
8	\$1,662	\$7,202	\$86,425	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																													
Each addtn'l add	\$ 167	\$ 725	\$ 8,700																																																															

Medical Provider's Checklist

- ✓ Assist the patient to complete Section 2 and collect copies of necessary documents.
- ✓ Check to make certain Section 1 and Section 2 are completed and signed.
- ✓ Attach the following documents to the application:
 - Pathology report supporting the reported diagnosis;
 - *Cornerstone Informed Consent Form* signed by the **patient** and a **witness**;
 - Proof of patient's age;
 - Copy of patient's insurance cards, if applicable;
 - Proof of all income reported by the patient; and
 - Proof of patient's citizenship or immigration status.
- ✓ Submit the application completed as much as possible and required attachments to the IBCCP Lead Agency serving the patient's county/community. **Applications submitted without the applicant's name, address, signature, a pathology report and signed *Cornerstone Informed Consent Form* will not be processed.**
- ✓ To find where to submit applications for your county/community, please contact the Illinois Department of Public Health at 217-524-6088 to be directly connected/referred to the respective IBCCP Lead Agency in your area, or visit the website at www.cancerscreening.illinois.gov and find the interactive Illinois map under **IBCCP Offices** tab.

Review Process

The IBCCP Lead Agency will review the application to decide whether the applicant meets the qualifying criteria for age, insurance status and diagnosis. The IBCCP Lead Agency will forward to Healthcare and Family Services (HFS) only applications that meet these qualifying criteria. The Lead Agency will notify the applicant and medical provider of its decision. Applications that do not meet these criteria will be immediately returned to the referring medical provider.

If the application meets the qualifying criteria for age, insurance status and diagnosis, the Lead Agency will send it to HFS for the final determination of whether the applicant qualifies for Health Benefits for Persons with Breast or Cervical Cancer. HFS will notify the applicant, medical provider and the Lead Agency of its decision.

Become a Participating Provider

Persons who qualify for Health Benefits for Persons with Breast or Cervical Cancer are covered for a full array of medically necessary services provided by medical providers enrolled to participate with HFS. If you are not currently enrolled with HFS, please call 217-782-0538 or visit the HFS website at www.hfs.illinois.gov/enrollment/ for information about the program and medical provider enrollment documents. If your patient qualifies, you may receive payment for services already rendered.

Sección 2 – Para ser completado por el solicitante. *Por favor escriba en letra de molde.*

Por favor conteste todo. El gobierno federal requiere que reunamos información sobre sus ingresos aunque el programa está disponible a todas las mujeres sin tomar en cuenta el nivel de ingresos.

Si usted necesita ayuda para contestar estas preguntas, pídasela a su proveedor médico o llame gratis a la Línea de Salud Para Mujeres al 1-888-522-1282, para buscar una agencia cerca de usted que pueda ayudarle. Si usted usa un teletipo (TTY), llame al 1-800-547-0466. La llamada es gratis.

Apellido		Nombre	
Nombre de Soltera u Otro Nombre Legal		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número Seguro Social ____ - ____ - ____
Fecha de Nacimiento		★ Envíe copia de su certificado de nacimiento, licencia de manejar u otro documento que indique su edad.	
Dirección Postal		Ciudad	Estado Zona Postal
País donde usted vive		Teléfono del Hogar ()	Otro Teléfono ()
Si usted no tiene un teléfono para llamarle y si podemos llamar a alguien para que le avise, díganos a quién.			
Nombre		Teléfono ()	
Años de educación completados	¿Está usted embarazada ahora? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado Civil <input type="checkbox"/> Nunca Casada <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Otro _____	
Si usted está casada, por favor complete lo siguiente aunque su cónyuge o esposo no viva con usted.			
Nombre del Esposo: _____		Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____	
Nombre del Empleador del Esposo (si trabaja): _____			
Idioma de Preferencia <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		¿Es usted Latino o Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza – Marque todo lo que aplica. <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u Otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Desconoce			
Si es de Asia, por favor díganos el subgrupo: <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Indio <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro			
1. Seguro Médico			
¿En los últimos 3 meses, ha tenido usted seguro de hospital o médico incluyendo Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si su seguro de salud ha sido cancelado, escriba la fecha de la cancelación _____		¿Tiene seguro sólo para cáncer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
★ Si usted tiene algún tipo de seguro médico, envíe una copia de ambos lados de la tarjeta de su seguro con su solicitud.			

Sección 2 - continuación

2. Ingresos de Empleo

¿Cuál es el total de sus ingresos de trabajo? Incluya todos los ingresos sin descontar las deducciones de impuestos, incluya las propinas. Si usted está casada(o), anote el ingreso combinado de usted y de su cónyuge.

\$ _____ por semana mes año

★ Envíe copia de 2 talones de cheques de pago, formulario W2, declaración de impuestos u otro documento para comprobar sus ingresos de empleo.

3. Otros Ingresos

¿Alguien en su familia recibe dinero de otro origen que no sea lo que usted gana de su empleo? Sí No

Esto puede ser dinero del Seguro Social, manutención de niños, pensión del cónyuge o esposo(a), ingresos de propiedades alquiladas, beneficios de desempleo, pensiones o fondos fiduciarios. Si contestó sí, complete lo siguiente.

Nombre de la persona que recibe el dinero	Cantidad Bruta Mensual	Origen de Ingreso

★ Envíe copia de cada pago recibido en los últimos 30 días de cada origen de ingresos.

4. Tamaño del Hogar

¿Cuántas personas se mantienen de los ingresos que usted ha indicado en la pregunta 2 y 3? Cuento sus hijos o hijastros menores de 19 años, su esposo, si usted esta casada, e inclúyase usted. _____

Escriba los nombres y edades de las personas que contó y el parentesco con usted.

Nombre	Número de Seguro Social (opcional)	Fecha de Nacimiento	Parentesco

Sección 2 - continuación

5. Pagos de Manutención

¿Paga usted o alguien anotado arriba por manutención de niños o pensión al cónyuge? Sí No

Si contestó sí, ¿cuánto paga cada mes? _____

6. Preguntas Sobre Ciudadanía de los Estados Unidos

¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Sí No Si contestó sí, escriba el lugar dónde nació. Si es no, vaya a la pregunta 7.

Lugar de nacimiento – Ciudad _____ Estado _____

★ Envíe una copia de su pasaporte de los Estados Unidos, Certificado de Naturalización (N-550 o N-570), Certificado de Ciudadanía (N-550 o N-561). Si usted no tiene estos documentos, envíe copia de un documento de cada una de listas siguientes para comprobar su ciudadanía e identidad.

Ciudadanía	Identidad
<ul style="list-style-type: none">Copia certificada del certificado de nacimiento del estado o condado donde usted nacióDecreto Final de AdopciónRegistro oficial militar que indique lugar de nacimientoDocumentos que indiquen que usted ha trabajado para el gobierno de los Estados Unidos antes del 1976.	<ul style="list-style-type: none">Licencia de Manejar o tarjeta de identificación del estadoTarjeta de identificación de la escuelaTarjeta de identificación militar de los Estados UnidosTarjeta de dependiente de militar de los Estados UnidosOtra identificación del gobierno dado por una ciudad, condado, estado de los Estados Unidos

Si usted no tiene uno de estos documentos para comprobar la ciudadanía o la identidad, puede enviar su solicitud sin esos documentos, pero tiene que tratar de conseguirlos.

Usted puede obtener certificados de nacimiento del estado o condado donde usted nació. Para solicitar una copia oficial de su certificado de nacimiento, usted necesita indicar su nombre tal como aparece en su certificado de nacimiento, su fecha de nacimiento, lugar de nacimiento y el nombre de sus padres. Puede que usted tenga que pagar para obtener una copia oficial.

Si usted nació en Illinois, usted puede buscar su certificado de nacimiento en el condado donde nació en el Internet en: www.idph.state.il.us/vitalrecords/countylisting.htm o usted puede obtener su certificado de nacimiento del estado llamando a la División de Registros Vitales de Illinois al 217-782-6553, lunes a viernes de 8:30 a.m. – 4:00 p.m. o solicite por Internet en www.idph.state.il.us/vitalrecords.

Si usted nació en un estado diferente, puede preguntar cómo solicitar su certificado de nacimiento en el Centro Nacional de Estadísticas de Salud. Llame gratis al 1-866-441-6247. También usted puede buscarlo en el Internet en www.cdc.gov/nchs.

Si usted no puede conseguir los documentos para comprobar su ciudadanía de los Estados Unidos o su identidad, llame gratis a la Línea de Información Para Beneficios de Salud al 1-800-226-0768. Si usted usa un teletipo (TTY), llame gratis a 1-877-204-1012. Tal vez haya otros documentos que usted puede usar.

7. Inmigración

Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos, escriba su Número de Registro de extranjería _____

★ Envíe una copia de uno de siguientes documentos para comprobar su Número de Registro de Extranjería.

- Tarjeta de Registro de Extranjería, Tarjeta de Residente Permanente o Green Card
- Pasaporte con los siguientes sellos o adjuntos: Registro de Salida - Entrada (I-94) incluyendo el sello que demuestra su estado, o Formulario de Residente Extranjero (I-551) o Tarjeta de Residente Temporal (I-688)
- Aviso ordenado por el Tribunal para asilados
- Otro comprobante de su estado como inmigrante legal

Sólo la persona que solicita Beneficios de Salud Para Personas con Cáncer de Senos o Cervical necesita proveer comprobante de inmigración. El estado no revisará el estado de inmigración de nadie más en el hogar.

Sección 2 - continuación

Lea y Firme

Lea cuidadosamente, luego más adelante, firme y feche la solicitud.

- Asegúrese contestar correctamente todas las preguntas. HFS (Cuidado de salud y Servicios de Familia) puede chequear la información de este formulario. Usted nos puede ayudar si le pedimos que verifique que la información es correcta.
- Nosotros mantendremos privado lo que usted nos informe, como la ley lo requiere.
- Al firmar más adelante, usted otorga permiso al proveedor de servicios de salud para compartir información referente a usted, incluyendo su condición médica, con el IDPH (Departamento de Salud Pública de Illinois), Agencia Principal del Programa de Cáncer de Senos o Cervical de Illinois y HFS.
- Enviar esta solicitud no garantiza que usted califica para seguro de salud.
- Usted está de acuerdo que el estado podría reclamar reembolso por servicios que el estado pagó por usted si esos servicios debían haber sido pagados por algún seguro de salud que usted tenga.
- Nosotros no compartiremos información sobre inmigración de ninguna persona que no tenga un Número de Registro de Extranjería. Verificaremos su estado de inmigración, si usted nos provee su Número de Registro de Extranjería. Para hacer esto, revisaremos el número con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). Podríamos enviar otra información al USCIS, tales como copias del Número de Registro de Extranjería que usted nos envió y el número de su seguro social, si tiene uno.
- Si HFS paga las facturas médicas, usted da el derecho de recaudar pagos de manutención médica al estado de Illinois.
- Alguien que a sabiendas mal usa la tarjeta MediPlan del HFS puede cometer un delito.
- El Programa de Cáncer de Senos o Cervical de Illinois tiene que obtener información sobre la persona que solicita. Esta información puede incluir su edad, ingresos, estado de seguro de salud y diagnóstico. Esta información puede ser usada por IDPH y HFS para informes de estadísticas sobre personas que obtienen servicios de los programas. No se usará su nombre en estos informes.

Yo declaro bajo pena de perjurio que he leído las declaraciones de este formulario y la información que he provisto es verdadera, correcta y completa de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que puedo estar sujeto a penalidades si sabiéndolo doy información falsa.

Firma del Solicitante _____ **Fecha** _____
(Si no puede firmar, haga una marca y que un testigo firme al lado de su marca.)

Si alguien completó esta solicitud por el solicitante, él o ella debe firmar y completar la siguiente información.

Nombre (letra de molde) _____ Firma _____

Fecha _____ Teléfono () _____ Parentesco con Solicitante _____

Lista Para Revisar del Solicitante

- ✓ ¿Contestó usted todas las preguntas en la Sección 2?
- ✓ ¿Ha firmado y fechado la Sección 2?
- ✓ ¿Tiene usted copias de todas los comprobantes que le dijimos que usted necesitaría?
- ✓ Toda la información que necesita comprobantes se ha marcado con una estrella. ☆
- ✓ Lleve la solicitud completada con copias de todas los comprobantes a la oficina de su proveedor médico.

Siguientes Pasos

- Su proveedor médico debe contestar las preguntas de la Sección 1, firmar y fechar la Sección 1.
- Su proveedor médico debe enviar la Sección 1 y la Sección 2 al IBCCP (la Agencia Principal del Programa Para Cáncer de Seno o Cervical de Illinois) que provee servicios a su comunidad.
- La Agencia Principal IBCCP revisará la solicitud. Si falta algo, la Agencia le informará a usted o a su proveedor médico lo que debe enviar.
- Si usted cumple con los requisitos de edad, ingresos, estado de seguro y diagnóstico para obtener el seguro de salud, la Agencia Principal le notificará a usted y a su proveedor médico. La Agencia Principal también enviará su solicitud a HFS (Cuidado de Salud y Servicios Para Familias).
- Si usted no cumple con los requisitos de edad, estado de seguro y diagnóstico para obtener el seguro de salud, la Agencia Principal le notificará a usted y a su proveedor médico. La Agencia Principal enviará el paquete de su solicitud a su proveedor médico. Si esto sucede, hable con su proveedor médico acerca de otras opciones que usted pueda tener.
- HFS revisará su solicitud tan pronto como sea posible para tomar una decisión final y determinar si usted califica para el Seguro de Salud Para Personas con Cáncer del Seno o Cervical.
- HFS le enviará un aviso a usted, a su proveedor médico y a la Agencia Principal para informarle si usted califica para el seguro de salud. Si usted no califica, el aviso le informará por qué.

Otra Información Importante

Si usted no está satisfecho(a) con las acciones tomadas por HFS sobre esta solicitud, usted tiene el derecho a una audiencia imparcial. Usted puede pedir una audiencia imparcial llamando gratis al 1-800-435-0774 (TTY: 1-877-734-7429 o al 1-312-793-2697). **Sólo use estos números para pedir una audiencia imparcial.** Usted puede también pedir una audiencia imparcial escribiendo a Healthcare and Family Services, Bureau of Administrative Hearings, 401 South Clinton, 6th Fl, Chicago, IL 60607.

Usted puede calificar para otros programas de seguro de salud. Para más información, visite www.health.illinois.gov.

Si usted tiene ingresos de manutención de niños o Seguro Social, si hay un padrastro o madrastra en el hogar, si usted tiene gastos médicos altos, o si usted tiene una discapacidad que le impida trabajar, usted o su familia pueden calificar para uno de estos otros programas. Usted puede solicitarlos en su Centro de Recursos para Familias y Comunidad del Departamento de Servicios Humanos. Para buscar la oficina que provee servicios a su comunidad, llame gratis al 1-800-226-0768. Si usted usa un teletipo (TTY), llame al 1-877-204-1012. Usted también puede buscar la oficina más cercana a usted en www.dhs.state.il.us/officeLocator/. **Si usted solicita beneficios de Salud Para Personas con Cáncer del Seno o Cervical, por favor no solicite nuevamente hasta que nosotros le digamos nuestra decisión.**

Los Beneficios de Salud Para Personas con Cáncer del Seno o Cervical están disponibles y son accesibles sin considerar sexo, raza, discapacidad, origen nacional, religión, o edad, excepto como lo permite la ley. El Estado de Illinois es un empleador con igualdad en oportunidades de empleo y practica acción afirmativa. El Estado de Illinois provee acomodaciones razonables de acuerdo con la Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 y Acta de Americanos Con Discapacidades de 1990.

